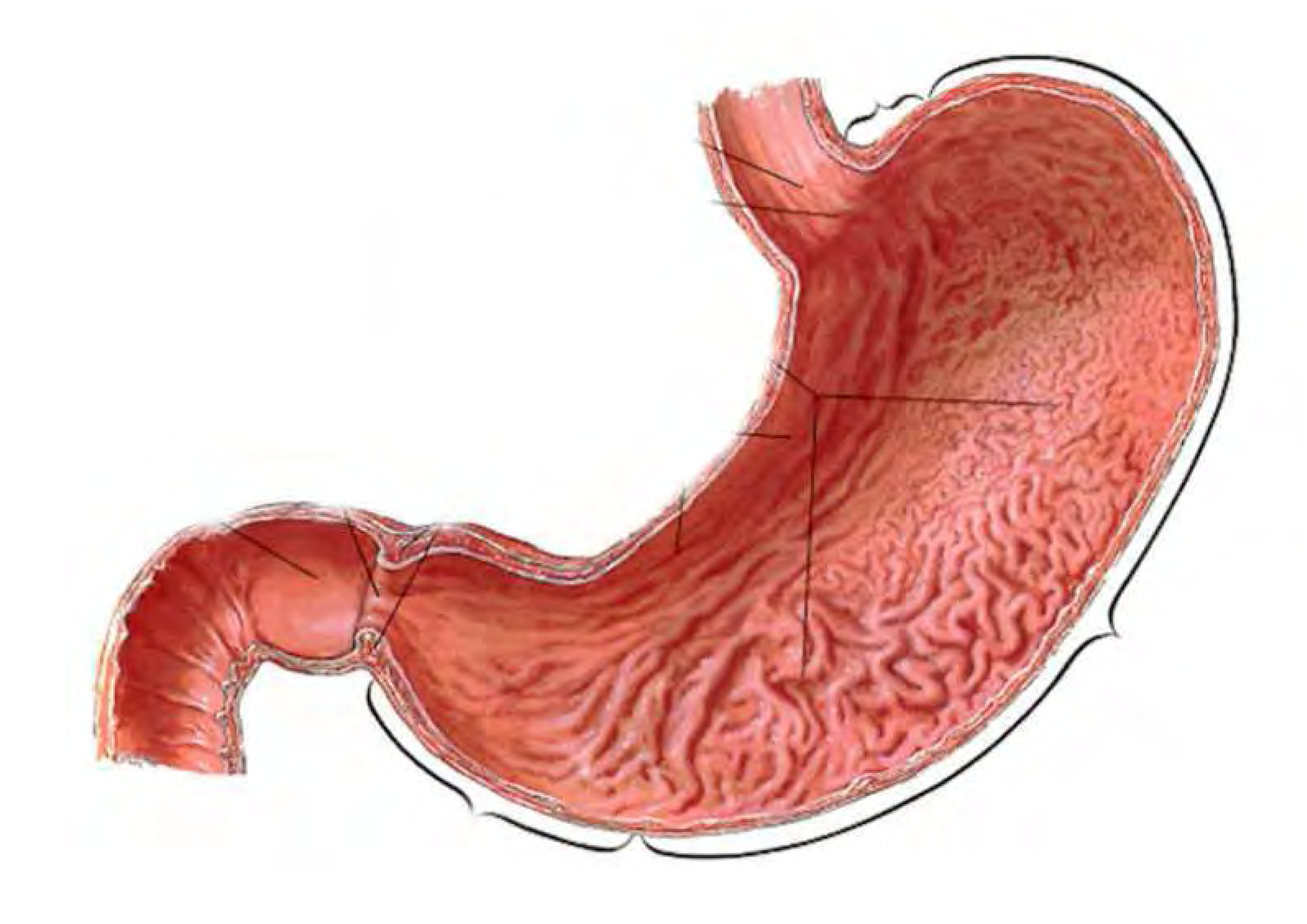
Faculté de Médecine d'Alger
Département de Médecine
Module de Gastro-entérologie

Tumeurs Gastriques

Pr A Anou

Clinique Chirurgicale A
CHU Mustapha Alger

10/01/2017



Objectif pédagogique

Faire le diagnostic d'une tumeur gastrique

Plan

1. **Introduction**
2. **Rappel anatomique**
3. **Epidémiologie**
4. **Anatomie pathologique**
5. **Clinique**
6. **Examens complémentaires**
7. **Diagnostic**
8. **Traitement**
9. **conclusion**

Introduction

- ***Définition***

Ensemble des tumeurs qui se développent au dépend de la paroi gastrique

Ces tumeurs sont classées en fonction de leur siège anatomique et de leur type histologique

Introduction

- On distingue trois types anatomiques :

– tumeur du cardia (située à moins de 2 cm de la jonction oeso-gastrique)

– tumeur du corps (fundus) ou de la grosse tubérosité

– tumeur de l'antre (distale)

Introduction

- Les types histologiques sont :

– tumeur épithéliale maligne (adénocarcinome)

– tumeur épithéliale bénigne (hyperplasique, adénome, polype glandulo-kystique)

– tumeur endocrine

– lymphome malin non hodgkinien

– tumeur sous-muqueuse (dont les tumeurs stromales ou Tumeurs stromales gastro-intestinales)

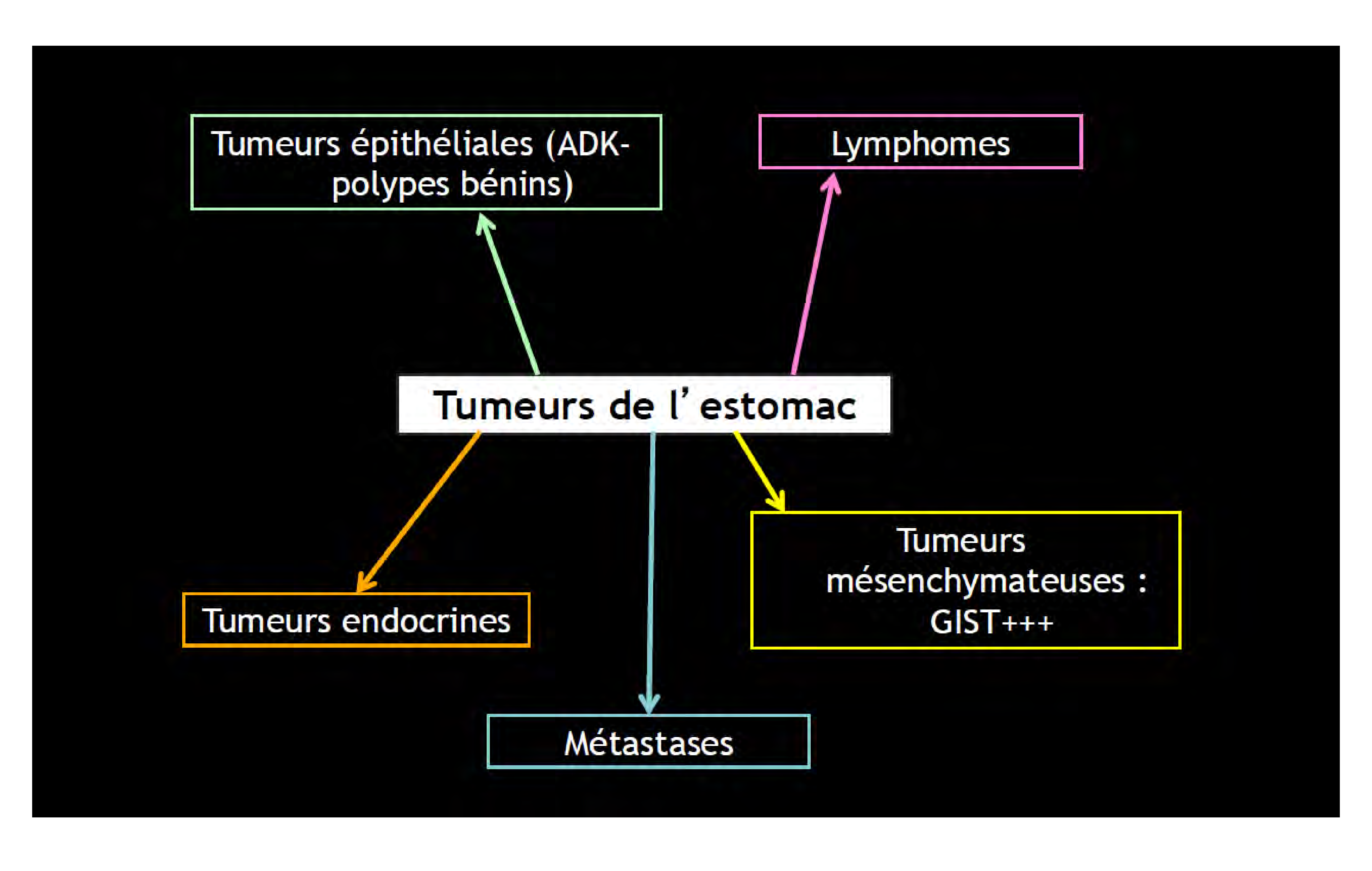
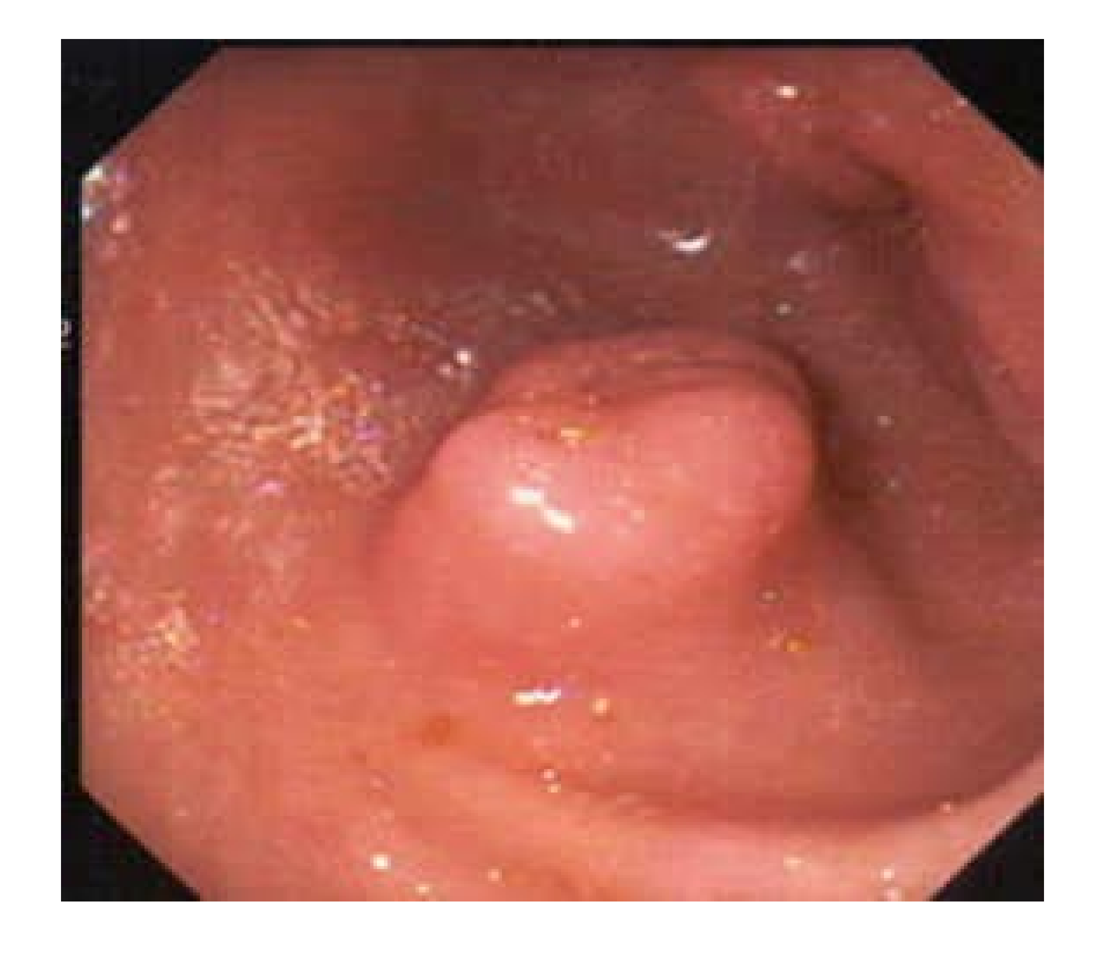

Tumeurs épithéliales (ADK-polypes bénins)
Lymphomes
Tumeurs de l' estomac
Tumeurs endocrines
Tumeurs mésenchymateuses : GIST+++
Métastases

Tableau 1 Types histologiques des tumeurs gastriques

TYPE DE TUMEUR	FRÉQUENCE RELATIVE (%)
Tumeurs épithéliales bénignes (1 à 5 %)	■ polypes hyperplasiques (70 %) ■ adénomes (20 %) ■ polypes glandulo-kystiques (10 %) ■ hamartomes (syndrome de Peutz-Jeghers)
Tumeurs épithéliales malignes	■ adénocarcinomes (90 %) ■ carcinomes épidermoïdes (rares)
Tumeurs neuroendocrines	■ tumeurs carcinoïdes (rares) ■ carcinomes neuroendocrines
Lymphomes malins non hodgkiniens	■ lymphome de Malt ■ lymphome T (5 %)
Tumeurs sous-muqueuses	■ tumeurs stromales (GIST) [34 %] ■ léiomyomes (38 %) ■ schwannomes (12 %) ■ fibromes (11 %) ■ lipomes (4 %)
Tumeurs secondaires	■ mélanome, sein, ovaire...

Polype



Introduction

- Limite du sujet

Tumeurs épithéliales malignes de type glandulaire = **Adénocarcinomes gastriques**

Localisées au niveau du fundus, du corps et de l'antre gastrique

Exclus de ce cadre les ADK situées < 2cm de la jonction œsogastrique (cardia)

Introduction

Intérêts

- **Fréquence :**
- 4ème cancer dans le monde derrière le cancer colorectal, celui du sein, du poumon et celui de la prostate
- deuxième cancer digestif derrière le cancer colorectal

- **Gravité:** c'est la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde

- **Diagnostic**
- Souvent tardif
- Fibroscopie OGD
- TDM, Echoendoscopie

- **Thérapeutique**
- Chirurgie
- Néoadjuvant /adjuvant

- **Pronostic**
- survie globale à 05 ans estimée à 15%.

Rappel anatomique

Epidémiologie

- ***Fréquence***

- ***Incidence***
- En diminution dans les pays occidentaux
- Augmentation des ADCI

- **Age** > 50 ans, pic fe fréquence entre 50-70 ans

- **Sexe :** H>F sex-ratio = 2

Epidémiologie

- ***Facteurs de risque***

- **Helicobacter pylori (H. pylori)**

La gastrite (inflammation de la muqueuse), induite par H. pylori, peut évoluer vers la gastrite chronique atrophique, la métaplasie puis la dysplasie et le cancer.

- **Facteurs génétiques**

1. **Adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires:**

mutation germinale du gène CDH1 à transmission autosomique dominante

2. Adénocarcinomes gastriques survenant dans le cadre de syndromes familiaux

- les apparentés au premier degré de malades ayant un cancer de l'estomac ;

– les patients ayant un syndrome HNPCC (Lynch)

– les patients atteints de polypose adénomateuse familiale (PAF)

Epidémiologie

- ***Facteurs de risque***

- **Facteurs environnementaux**

– le tabagisme ;

– la consommation élevée de sel ;

– le niveau socio-économique bas ;

– la faible consommation de fruits et légumes.

L'interaction entre ces facteurs et l'infection par H. pylori est probable.

Epidémiologie

Facteurs de risque

- **Lésions précancéreuse**

- **Gastrite chronique atrophique et métaplasie par infection à HP**
- **Maladie de Biermer (gastrite atrophique fundique auto-immune)**
- **Gastrectomie partielle pour affection bénigne**
- **Ulcère gastrique**
- **Maladie de Ménétrier**
- **Polype gastrique adénomateux**

Anatomie pathologique

- **Macroscopie**

- Bourgeonnant

- Ulcéré

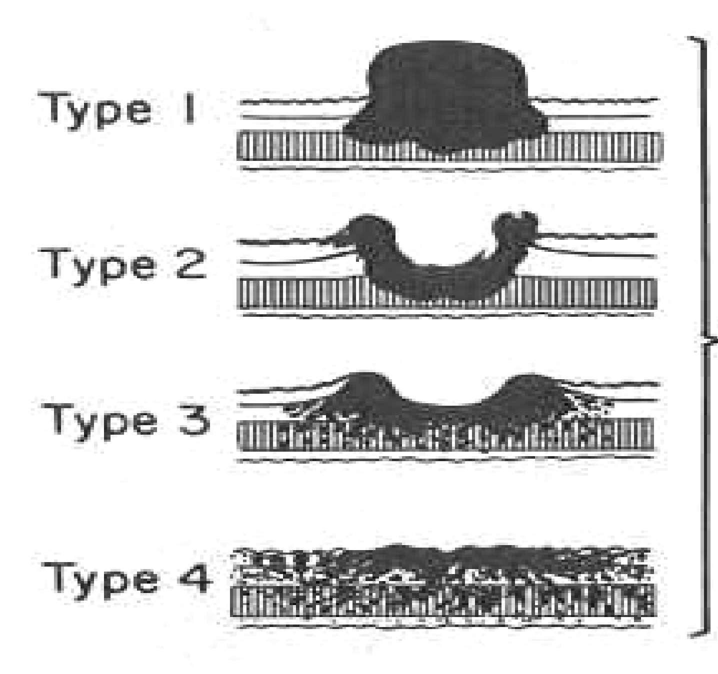
- Infiltrant

Anatomie pathologique

- **Macroscopie**

les lésions évoluées ou invasives (Borrmann)

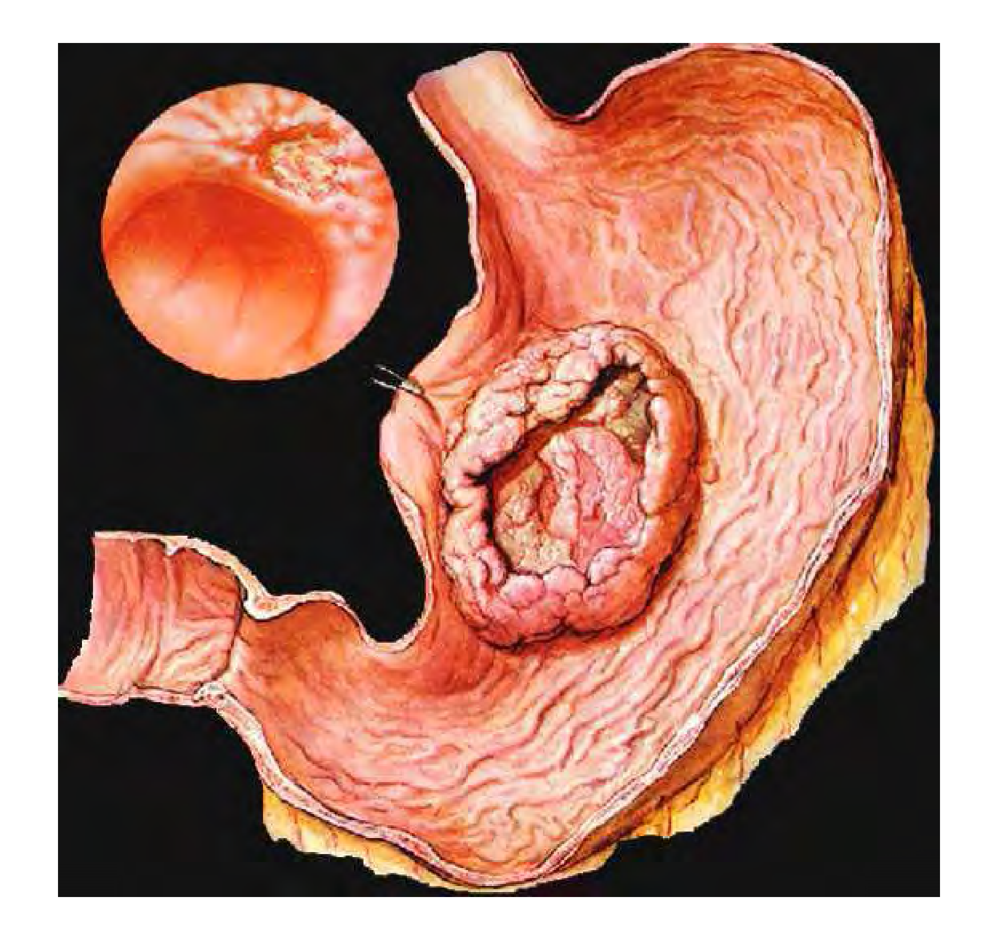
- type 1 : lésion nodulaire polypoïde sessile intraluminale
- type 2 : ulcération maligne ou lésion bourgeonnante ulcérée
- type 3 : lésion ulcériforme (infiltrante avec ulcère central)
- type 4 : lésion infiltrante diffuse : linite plastique



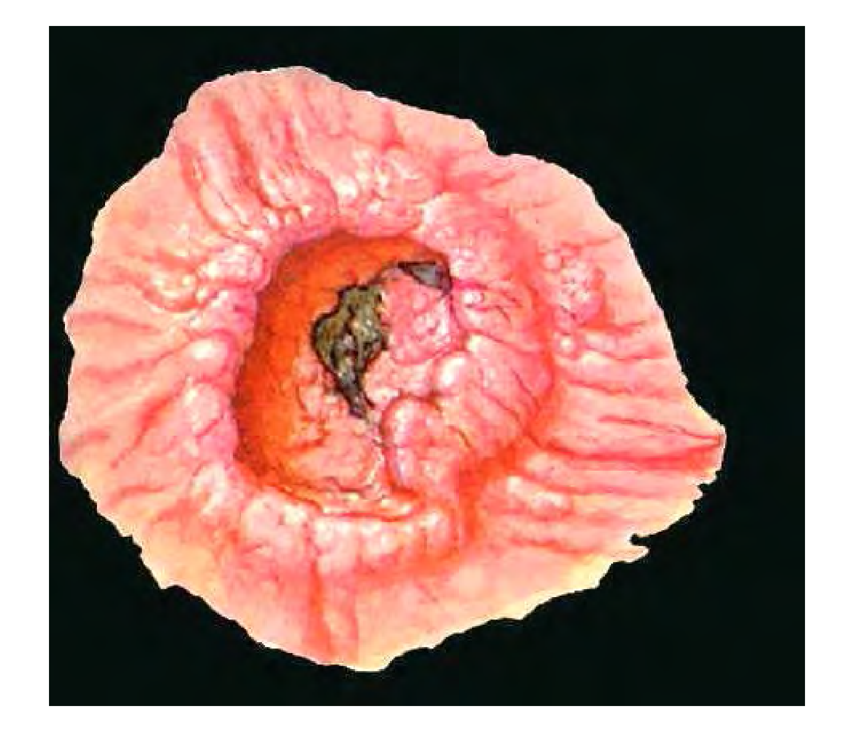
adénocarcinome polypoïde



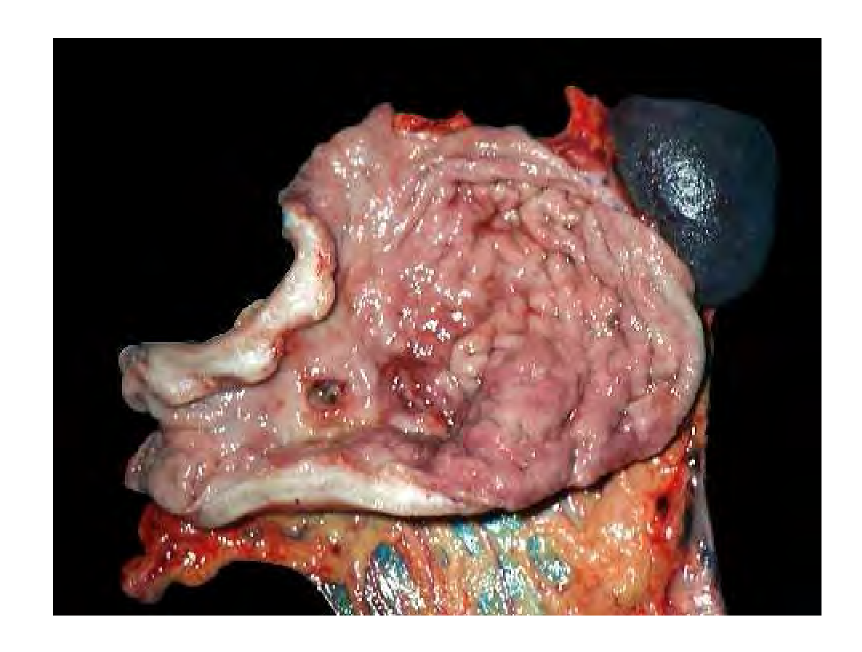
ADK ulcero-bourgeonnant



ADK ulceriforme



ADK infiltrant type diffus



Anatomie pathologique

- **Formes histologiques**

1. Classification OMS : ADK

papillaire, tubulé, mucineux, à cellules indépendantes

2. Classification de Lauren :

- Forme intestinale
- Forme diffuse

Anatomie pathologique

- **Formes Anatomo-cliniques :**

1. Cancer superficiel :

Limité à la muqueuse, fréquent au Japon

2. Linite plastique :

- Paroi gastrique épaissie, rigide (TOGD)
- ADK à cellules indépendantes
- Pronostic grave

Anatomie pathologique

- **Mode d'extension :**

1. Extension par contiguïté : organes de voisinage

2. Extension par voie lymphatique

3. Extension par voie sanguine : foie, poumons, os…

4. Extension par voie péritonéale : Krukenberg

Anatomie pathologique

Classification UICC 2009 (7em Edition)

- T : Tis : Tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria
- T1 : Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse (cancer superficiel)
- T1a : Tumeur envahissant la lamina propria ou la musculaire muqueuse
- T1b : Tumeur envahissant la sous muqueuse
- T2 : Tumeur étendue à la musculeuse
- T3 : Tumeur envahissant la sous séreuse (y compris ligament gastro-colique ou gastro-hépatique ou grand epiplon)
- T4 : Tumeur perforant la séreuse ou envahissant les organes de voisinage
- T4a : Tumeur perforant la séreuse
- T4b : Tumeur envahissant un organe de voisinage (rate, côlon transverse, foie, diaphragme, pancréas, paroi abdominale, surrénale, rein, intestin grêle, retropéritoine)

Anatomie pathologique

classification UICC 2009 (7em Edition)

- N : N0 : pas d'envahissement ganglionnaire (noter combien de ganglions ont été examinés)
- Nx : ganglions non évalués ou moins de 15 ganglions examinés
- N1 : 1 à 2 ganglions régionaux métastatiques
- N2 : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques
- N3 : plus de 6 ganglions régionaux métastatiques
- N3 a : 7 à 15 ganglions métastatiques
- N3b : plus de 15 ganglions métastatiques

Anatomie pathologique

classification UICC 2009 (7em Edition)

- M : M0 : Pas de métastase
- M1 : Métastase à distance (dont ganglions rétro-pancréatiques, mésentériques, para-aortiques, sus- claviculaires)

Anatomie pathologique

classification UICC 2009 (7em Edition) :

Stade 0 : Tis N0 M0

Stade IA : T1N0M0

Stade IB : T1N1M0 T2N0M0

Stade IIA : T1N2M0 T2N1M0 T3N0M0

Stade IIB : T1N3 M0 T2N2M0 T3N1M0 T4a N0M0

Stade IIIA : T2N3M0 T3N2M0 T4aN1M0

Stade IIIB : T3N3M0 T4a N2M0 T4b N0,N1M0

Stade IIIC : T4a N3M0 T4b N2,N3 M0

Stade IV : Tous T, tous N, M1

Clinique

- ***Signes fonctionnels***

Les signes d'appel sont peu spécifiques et souvent tardifs. Ils peuvent être :

– des signes digestifs :

- syndrome ulcéreux, syndrome dyspeptique, anorexie, syndrome obstructif si le cancer est situé au niveau des orifices (dysphagie pour le cardia et vomissements pour le pylore)

– des signes extra-digestifs :

- altération de l'état général avec amaigrissement, asthénie par anémie

– une complication :

- hémorragie digestive occulte ou extériorisée (anémie ferriprive,hématémèse ou méléna)
- péritonite par perforation

Clinique

- ***Examen physique***

- Masse épigastrique

- Hépatomégalie

- Ganglion de Troisier

- Ascite

- carcinose péritonéale perceptibles au toucher rectal

Examens complémentaires

- Endoscopie œsogastrique
- Transit oeso-gastro-duodénal (TOGD)

- Echographie abdominale
- TDM TAP
- Echoendoscopie
- Laparoscopie
- Marqueurs tumoraux

Examens complémentaires

Endoscopie œsogastrique

- *le siège de la lésion et son étendue : antre (40 %), corps (20 %), grosse tubérosité (20%)*
- Au moins 8 biopsies sur les anomalies de relief muqueux et atteindre autant que possible la sous-muqueuse.
- Les biopsies sont utilisées pour la définition du type histologique, de la différenciation et la classification de Lauren
- mais également pour la recherche d'une hyperexpression de HER2 en immunohistochimie
- Dans la forme linitique les biopsies endoscopiques ont une sensibilité de seulement 50%
- Des biopsies antrales à la recherche d'une infection à Helicobacter pylori
- Les mesures de distance de la tumeur par rapport au cardia et au pylore

Examens complémentaires

Scanner thoraco-abdomino-pelvien

- nécessaire pour le bilan de résecabilité
- recherche de métastases hépatiques et pulmonaires
- Ses performances pour préciser l'extension ganglionnaire et pariétale sont inférieures à celles de l'écho-endoscopie
- La dilatation gastrique à l'eau sensibilise l'examen pour évaluer l'infiltration tumorale pariétale et détecter des adénopathies périgastriques

Examens complémentaires

Echoendoscopie est utile :

- en cas de suspicion de linite avec hypertrophie des plis gastriques sans histologie positive
- pour évaluer l'extension des lésions sur l'œsophage, le pylore et le duodénum en cas de linite
- pour évaluer les tumeurs superficielles afin de déterminer les indications de mucosectomie
- pour déterminer l'infiltration pariétale d'une tumeur toutes les fois que le malade est un candidat à un traitement néoadjuvant
- Cette échoendoscopie doit être réalisable dans des délais raisonnables (moins de 2 semaines), dans le cas contraire une chimiothérapie préopératoire peut être proposée sur les données du scanner

Examens complémentaires

OPTIONS

- ***Laparoscopie exploratrice :***
- elle peut être utile en cas de tumeur volumineuse dont la résécabilité est douteuse sur le scanner,
- pour diagnostiquer une carcinose péritonéale limitée ou de petites métastases hépatiques périphériques

- ***TOGD :***
- non systématique
- Sa valeur diagnostique s'efface derrière celle de l'écho endoscopie pour le diagnostic de linite**.**

- ***Echographie abdominale :***
- non systématique.
- Elle peut aider à caractériser des images hépatiques dépistées au scanner
- Elle peut mettre en évidence des signes directs (nodules) ou indirects (minimes épanchements péritonéaux) de carcinose péritonéale.

Examens complémentaires

OPTIONS

- ***IRM :***

- elle n'est pas indiquée dans le bilan d'extension loco régionale
- mais peut aider au diagnostic de lésions non caractéristiques au scanner

- ***Tomographie par Emission de Positons (TEP)***

sa place dans la prise en charge des adénocarcinomes gastrique n'est pas définie et sa prescription doit être discutée au cas par cas

- ***Marqueurs tumoraux***

aucune étude méthodologiquement correcte n'a été réalisée sur l'utilité du dosage des marqueurs tumoraux. Leur dosage est optionnel lorsqu'ils peuvent être utiles à l'évaluation d'une thérapeutique

Diagnostic

- ***Positif***

- Clinique
- Fibroscopie
- Histolo-pathologie (Immunohistochimie)

Diagnostic

Différentiel

- Le piège est de ne pas évoquer le diagnostic devant des symptômes aspécifiques et de ne pas faire d'endoscopie gastrique

- En endoscopie, certains diagnostics peuvent se discuter :

– ulcère gastrique : le risque est de méconnaître un cancer en cas de biopsies insuffisantes ou d'absence de contrôle après traitement

– tumeurs non adénocarcinomateuses : lymphome, tumeur stromale, tumeurs endocrines, métastase gastrique d'un autre cancer

Traitement

- Bilan d'extension
- Bilan d'opérabilité
- Buts
- Curatif
- Palliatif
- Moyens
- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie

Traitement

A. Traitement à visée curative

Le traitement à visée curative repose sur l'exérèse chirurgicale plus ou moins associée à un traitement par chimiothérapie ou radio-chimiothérapie

1. Traitement chirurgical

- Le principe est l'exérèse complète de la tumeur associée à un curage ganglionnaire (sans splénopancréatectomie avec au minimum 15 ganglions)

- L'étendue de l'exérèse dépend de la localisation initiale de la tumeur :

– gastrectomie des 4 cinquièmes avec anastomose gastro-jéjunale pour les cancers de l'antre

– gastrectomie totale avec anse grêle montée en Y pour les autres localisations

Traitement

A. Traitement à visée curative

2. Traitement néo-adjuvant

Une chimiothérapie péri-opératoire (pré- et post-opératoire) par 5-Fluorouracile et cisplatine doit être proposée à tous les malades de stade supérieur à I

3. Traitement adjuvant

Une radio-chimiothérapie post-opératoire à base de 5-Fluorouracile doit être proposée aux malades n'ayant pas eu de chimiothérapie pré-opératoire :

– si le curage est insuffisant et que la tumeur est de stade supérieur à I ;

– en cas d'envahissement ganglionnaire pN2 ou N3 quel que soit le type de curage réalisé ;

– en cas d'envahissement ganglionnaire pN1 avec un curage ganglionnaire suffisant à discuter au cas par cas selon l'état général, nutritionnel du malade et son avis après information claire.

Traitement

B. **Traitement palliatif**

Il comporte la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, et s'applique aux cancers gastriques non résécables et/ou métastatiques

- La chirurgie d'exérèse palliative est indiquée pour les tumeurs symptomatiques (hémorragie nécessitant des transfusions itératives, sténose)
- elle est préférable à la chirurgie de dérivation.

Traitement

B. Traitement palliatif

- **La chimiothérapie** permet d'améliorer la survie et la qualité de vie par rapport au simple traitement symptomatique chez des patients sélectionnés à l'état général conservé

- **La radiothérapie** est parfois indiquée dans les tumeurs hémorragiques à visée hémostatique

- La pose d'une **prothèse métallique** par voie endoscopique permet dans certains cas de lever un obstacle tumoral responsable d'une occlusion haute.

Conclusion

- Retard diagnostic
- Symptomatologie atypique: fibroscopie OGD
- TRT Multidisciplinaire
- RCP
- Pronostic